

Anmeldung Lipid- Sprechstunde	INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
--	---

I) Allgemeine Informationen:

Name, Vorname des Kindes			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort, Straße			
Telefon / Fax / E-Mail			
Krankenversicherung	Name:	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat
	Vater (Name):	Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):	Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.:
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.:
Überweisender Arzt	Name:		
	Adresse:		

Vom überweisenden Arzt auszufüllen

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb möchten Sie zu uns kommen?

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

nein

ja (**Laborbefunde**, Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte beilegen)

Körpermaße:

Aktuelle Körpergröße: _____ cm

Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Psychotherapie

Wurde bereits eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

nein

ja

Erhält Ihr Kind eine spezielle Ernährung?

nein

ja, welche (z.B. fettmodifizierte Ernährung, vegetarische Ernährung, vegane Ernährung):

III) Vorgeschichte

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

nein

ja, welche, wann:

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)?

nein

ja, Ort, Grund der Anbindung:

IV) Familienanamnese

Sind bei einem Familienangehörigen hohe Blutfettwerte bekannt?

nein

ja, was, bei wem:

Gab es bei Verwandten Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Gefäßoperationen?

nein

ja, wer, was, in welchem Alter:

V) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

Kinderkrippe, seit:

Kindergarten, seit:

Schule, seit / Art der Schule:

Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Weiterer Ablauf:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zusammen mit
 - ⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden (ggf. auch von weiteren Familienmitgliedern) zukommen.

- 2) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ-Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.

- 3) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - ⇒ **iSPZ-Überweisungsschein**, ggf. Kostenübernahme der Krankenkasse bei Privatversicherten
 - ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ ggf. Befund einer kinder-kardiologischen Untersuchung (über die Notwendigkeit einer kinder-kardiologischen Untersuchung/IMT-Messung vorab werden Sie bei Terminvergabe informiert)
 - ⇒ **Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind zum Termin NÜCHTERN (12 Stunden) erscheint** (Wasser darf getrunken werden, Säuglinge und Kleinkinder nach Rücksprache)

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Lipid-Sprechstunde
Standortteil Haus Goethe
Lindwurmstr. 83-85
80337 München

Telefon: 089 4400 55137

Fax: 089 4400 55166